



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
**ХОДАТАЙСТВО О ВКЛЮЧЕНИИ В  
ИСКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ HCBS**  
**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ**  
**HCBS WAIVER ENROLLMENT REQUEST  
NOTICE OF DENIAL**

ДАТА:

КОМУ:

ОТНОСИТЕЛЬНО:

Вы подали ходатайство о включении в исключительную программу HCBS Отдела помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (DDD). Отдел DDD может внести ваше ходатайство в базу данных штата, только если отдел DDD установит наличие у вас потребности в уходе уровня учреждения ICF/MR (WAC 388-845-0070).

Отдел DDD установил отсутствие у вас права на участие, так как в соответствии с положениями Административного кодекса штата Вашингтон (WAC) с 388-845-0070 по 388-845-0096 вы не отвечаете требованиям для предоставления ухода уровня учреждения ICF/MR.

Если ваши потребности изменятся, вы можете подать ходатайство о включении в исключительную программу отдела DDD.

Если вы не согласны с данным решением, вы должны подать прилагаемое ходатайство об апелляции в течение девяноста (90) дней с момента получения этого уведомления.

Пожалуйста, позвоните нам, если у вас есть вопросы.

---

Менеджер по делам клиентов / распорядитель ресурсов

---

Номер телефона



ХОДАТАЙСТВО О ВКЛЮЧЕНИИ В  
ИСКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ HCBS  
УВЕДОМЛЕНИЕ ОТКАЗЕ  
ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ  
В соответствии со ст. 388-02 Правил DSHS о  
проведении слушаний.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

НАПРАВИТЬ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

ФАКС: 360-586-6563

Я подаю ходатайство о проведении слушания в связи с тем, что я не согласен (на) со следующим решением о предоставлении услуг, принятым Отделом помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD):

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ		
АДРЕС ЛИЦА, ПОДАВШЕГО ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ	НОМЕР КАРТОЧКИ-УДОСТОВЕРЕНИЯ КЛИЕНТА		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (УКАЗАТЬ КОД РАЙОНА)
			<input type="checkbox"/> ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ

Меня уведомили о решении: \_\_\_\_\_ :  
ДАТА НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОТДЕЛЕНИЯ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS

Я хочу продолжать получать услуги, если я имею на это право:  Да  Нет Программа: \_\_\_\_\_

Меня представляет (если вы собираетесь представлять себя сами, не заполняйте две следующие строки):			
ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Я разрешаю предоставлять информацию о моем слушании моему представителю.

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА
--------------	------

Требуется ли вам переводчик или другая помощь или условия во время проведения слушания?  Да  Нет

Если да, то переводчик какого языка или какая помощь требуется? \_\_\_\_\_

Судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону. Если вы хотите проведения личного слушания, следуйте инструкциям, приведенным в Уведомлении о проведении слушания (Notice of Hearing), которое будет направлено вам вашим управлением ОАН.